

Enfoque biopsicosocial de la lesión y rehabilitación

Enfoque que organiza la comprensión de la lesión y rehabilitación mediante la interacción de condiciones biológicas, psicológicas y sociales, con resultados y procesos que requieren evaluación diferenciada.

Autoría: EDUFISICA

Publicación: 2026-10-13

Versión del contenido: 2026-10-13

Módulo: Lesiones y rehabilitación

Nivel propuesto: Intermedio

Lectura estimada: 24 min · 5146 palabras de cuerpo

Resumen

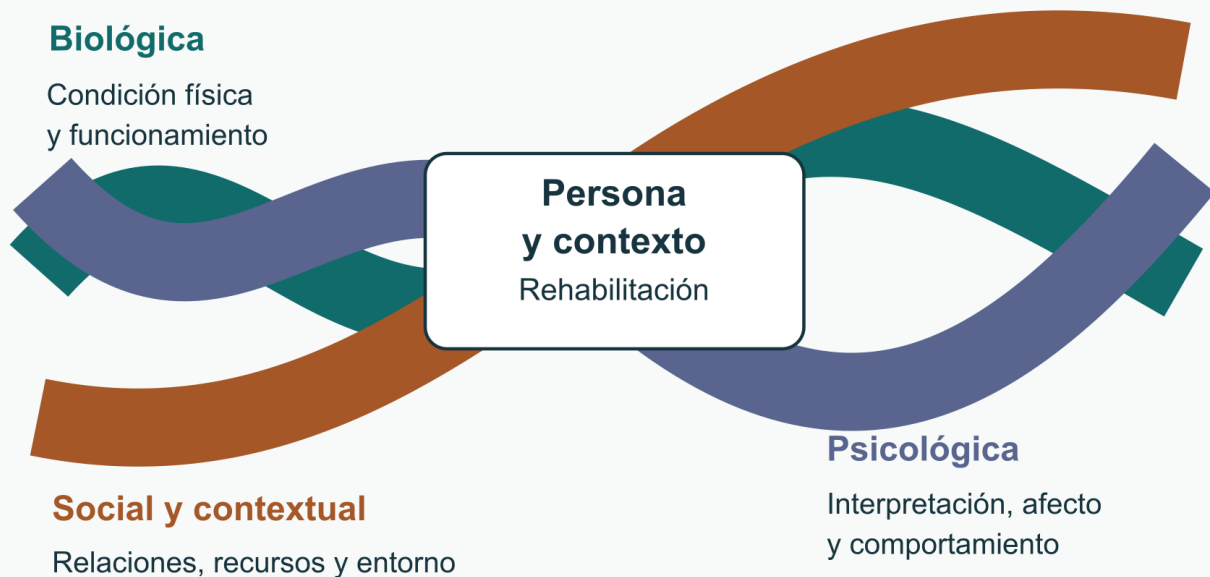
El enfoque biopsicosocial examina la rehabilitación de lesiones deportivas como una interacción entre condiciones físicas, experiencias psicológicas y contexto social. Esta monografía compara el modelo reseñado por Walker y Heaney con las propuestas de perfiles y fases de Kamphoff, Thomaes y Hamson-Utley y la coordinación de equipos de Clement y Arvinen-Barrow. Distingue variables, resultados intermedios y resultados de rehabilitación, sin equiparar una percepción favorable con recuperación física. Explica las tres fases como una organización del trabajo, los perfiles como descripciones personales y la diferencia entre equipos primarios y secundarios. Los casos didácticos de Kerri y Devin permiten examinar expectativas, relaciones y competencias sin inventar desenlaces. Las fuentes de 2013 ofrecen modelos, estudios reseñados y propuestas profesionales; su alcance exige conservar diferencias entre explicación, aplicación y eficacia.

Palabras clave: lesión deportiva; rehabilitación; enfoque biopsicosocial; perfiles de rehabilitación; equipo multidisciplinario; coordinación; resultados

<https://edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/enfoque-biopsicosocial-de-la-lesion-y-rehabilitacion.html>

Dimensiones que se estudian conjuntamente

Una matriz de condiciones, experiencias y relaciones. No son partes iguales.



El modelo organiza preguntas; no fija pesos ni una causa única.

[Inferencia] Composición original a partir del enfoque reseñado por Walker y Heaney. Las cintas representan familias de variables del modelo, sin proporciones, pesos empíricos o relaciones causales demostradas.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Natalie Walker y Caroline Heaney (2013).

Integrar dimensiones sin perder sus diferencias

Una lesión deportiva altera una condición física y puede modificar actividades, expectativas y relaciones. El enfoque biopsicosocial reúne esas dimensiones para comprender la rehabilitación de una persona situada en un contexto. Walker y Heaney comparan modelos de respuesta a lesión; Kamphoff, Thomae y Hamson-Utley proponen organizar fases y perfiles; Clement y Arvinen-Barrow examinan los equipos que participan. Los tres capítulos pertenecen al mismo libro de 2013, pero cumplen funciones distintas: formular marcos explicativos, describir herramientas y plantear una organización profesional.^{[1][2][3]}

La integración no consiste en añadir una conversación a un tratamiento físico ya terminado. El capítulo sobre equipos propone considerar pensamientos, emociones y conductas como parte del proceso de rehabilitación. También reconoce aspectos nutricionales, biomecánicos y sociales que pueden requerir profesionales diferentes. Su planteamiento obliga a conocer qué problema se está atendiendo, qué aporta cada perspectiva y cómo se relacionan sus decisiones. La persona lesionada

permanece en el centro de esa comprensión, junto a condiciones que no controla individualmente.^[3]

Un resultado favorable puede referirse a dolor, función, satisfacción o preparación para participar. El modelo biopsicosocial distingue resultados intermedios y resultados de rehabilitación. Una percepción de confianza o una buena relación con el equipo no describen por sí mismas todas esas dimensiones. Tampoco una modificación física informa automáticamente de cómo la persona interpreta su situación. Explicar las diferencias permite examinar relaciones entre resultados sin sustituir unos por otros y sin atribuir a una experiencia psicológica la totalidad de la recuperación.^[1]

[Inferencia] En un ejemplo hipotético, dos personas con condiciones de lesión parecidas podrían afrontar recursos, responsabilidades y objetivos distintos. Una dispone de transporte y contacto cotidiano con su equipo; otra encuentra dificultades para asistir y ha perdido su actividad social principal. La comparación invita a identificar contexto y significado, además de condición física. No determina qué intervención necesitan ni anticipa su evolución. El objeto de esta lectura es comprender qué información conectan los modelos y cómo puede organizarse el trabajo profesional.

Qué añade el enfoque biopsicosocial a otros modelos

Walker y Heaney presentan los modelos de duelo, valoración cognitiva, respuesta integrada y rehabilitación biopsicosocial como perspectivas con fortalezas y límites. Una valoración cognitiva es la interpretación de la situación y de lo que está en juego, junto a los recursos percibidos para afrontarla. Los modelos de valoración ayudan a explicar por qué una lesión semejante puede adquirir significados diferentes. El modelo integrado incorpora factores anteriores y posteriores a lesión y relaciones dinámicas entre valoración, emoción, conducta y resultados.^[1]

El modelo biopsicosocial reseñado aborda una dificultad concreta del modelo integrado: este último no explica suficientemente cómo los factores psicológicos influyen en resultados físicos de rehabilitación. Brewer y colaboradores propusieron considerar variables biológicas, psicológicas y sociales, junto a resultados intermedios. El cambio amplía la pregunta. Además de investigar qué emoción o conducta sigue a una valoración, examina cómo se relacionan experiencias y condiciones con dolor, fuerza, movilidad, función y calidad de vida. No supone que todos esos resultados tengan la misma explicación.^[1]

La comparación conserva el carácter de los marcos. La investigación directa sobre el modelo biopsicosocial completo se describe como escasa, aunque existen resultados compatibles con algunos elementos. Las autoras recogen la crítica de que identificar variables y relaciones generales no ofrece una explicación suficiente de cómo

interactúan para producir resultados diferentes. También queda sin precisar qué factores son más importantes y por qué. Un mapa amplio puede orientar preguntas aun cuando todavía no proporcione pesos, mecanismos completos o predicciones individuales.^[1]

[Inferencia] Elegir un marco depende de la cuestión. Si interesa el significado de una amenaza, la valoración aporta una distinción útil. Si se pretende organizar condiciones físicas, experiencia y entorno, el enfoque biopsicosocial ofrece un campo más amplio. Si se estudia cómo cambia un episodio entre ocasiones, hay que precisar temporalidad y relaciones. Usar varias perspectivas exige explicar su función; juntar vocabularios sin una pregunta común no produce automáticamente una teoría mejor ni un programa coherente.

Una matriz biológica, psicológica y social

El enfoque biopsicosocial describe la rehabilitación dentro de una matriz compleja y cambiante. En el modelo reseñado por Walker y Heaney, características de lesión y factores sociodemográficos se relacionan con condiciones biológicas, psicológicas y sociales. Las características incluyen tipo, causa, localización, gravedad e historia. Edad, género, pertenencia étnica y situación socioeconómica aparecen como condiciones de contexto. Su presencia en el modelo no permite atribuir una respuesta uniforme a todas las personas de una categoría ni convertirlas en un pronóstico.^[1]

Las variables biológicas incluyen procesos y condiciones como reparación de tejido, sueño, nutrición y funcionamiento corporal. Las psicológicas abarcan cognición, afecto, comportamiento y diferencias personales. El plano social y contextual incorpora redes, estrés de vida, condiciones situacionales y entorno de rehabilitación. El interés está en examinar sus relaciones, evitando tratar cada grupo como una parcela aislada. Las categorías tampoco representan tres partes iguales de una recuperación ni implican que una dimensión pueda compensar arbitrariamente una dificultad de otra.^[1]

El contexto permite reconocer que participar en rehabilitación depende de más que disposición personal. El modelo integrado también incluye acceso y entorno de rehabilitación, además de influencias de familia, entrenador y compañeros. El capítulo de equipos señala que los servicios disponibles y las relaciones varían entre niveles deportivos. Por tanto, una descripción de conducta necesita conservar qué oportunidades existían. Una ausencia de participación puede requerir comprender tanto el significado que atribuye la persona como las posibilidades reales de contacto y atención.^{[1][3]}

[Inferencia] Para leer un episodio concreto se podría diferenciar condición física evaluada, experiencia comunicada y recursos del entorno. Si una persona relata cansancio y poca conexión con su equipo, todavía haría falta saber cómo se

evaluaron esas experiencias, cuándo aparecieron y qué actividades se modificaron. El modelo aporta familias de preguntas, no una causa ya identificada. Una formulación situada relacionaría información de distintas fuentes y conservaría las discrepancias que necesitan aclararse, en lugar de decidir desde una categoría amplia.

Resultados intermedios y resultados de rehabilitación

Un resultado intermedio ocupa, en el modelo reseñado, una posición entre condiciones del proceso y resultados de rehabilitación. Walker y Heaney incluyen dolor, fuerza, amplitud de movimiento, resistencia, laxitud articular y ritmo de recuperación. Son aspectos diferentes que requieren evaluación pertinente. No forman una puntuación psicológica general. Su posición en el esquema permite preguntar cómo se relacionan con condiciones biológicas y experiencias, manteniendo que representar una relación no equivale a haber establecido un mecanismo para todos los tipos de lesión.^[1]

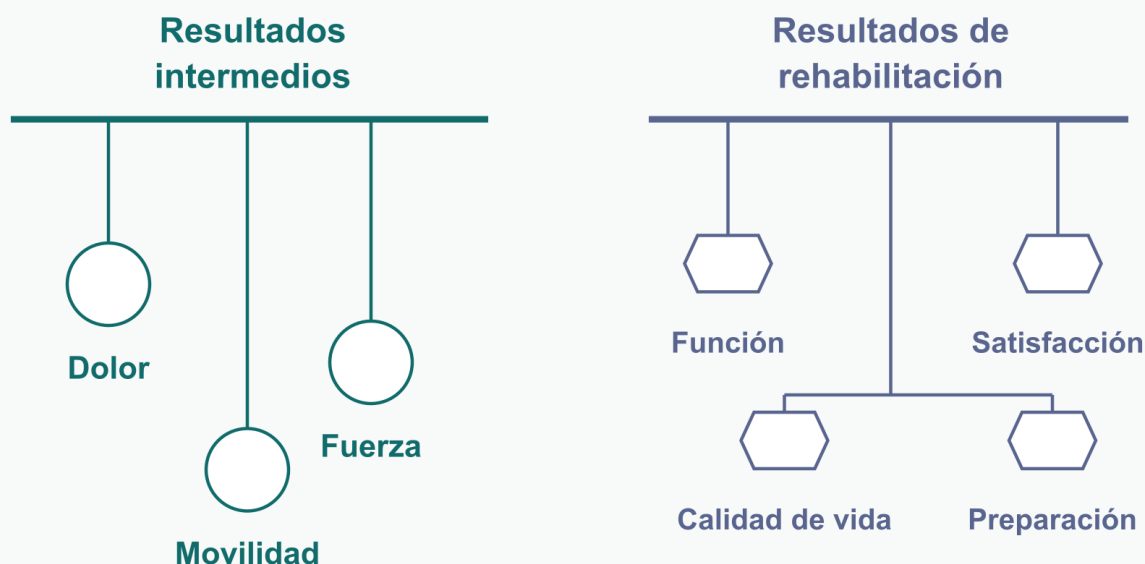
Un resultado de rehabilitación se refiere allí a función, calidad de vida, satisfacción con tratamiento o preparación para volver a deporte. La selección muestra por qué recuperar una actividad física no agota todos los resultados posibles. Una persona puede valorar positivamente el trato recibido y mantener dudas sobre su participación futura; también puede observar cambios funcionales sin experimentar la misma modificación en calidad de vida. El modelo invita a distinguir esas evaluaciones y a conocer qué resultado se pretende explicar en cada análisis.^[1]

El esquema propone relaciones recíprocas: resultados intermedios y finales también pueden influir en experiencias psicológicas posteriores. Observar un cambio de función puede modificar expectativas o valoración de progreso. Esa posibilidad añade tiempo al análisis, pero exige especificar qué se midió y en qué momento. La crítica del modelo integrado también diferencia resultados físicos y psicosociales y cuestiona vínculos directos demasiado generales. Las fuentes permiten apreciar que la palabra recuperación reúne objetos que deben descomponerse antes de estudiar sus relaciones.^[1]

[Inferencia] Un seguimiento podría presentar de manera separada una medida profesional de función, la percepción de progreso, la satisfacción con atención y la expectativa de participación. Si cambian en momentos distintos, esa diferencia constituiría información sobre el proceso. Sumarlos sin justificar una escala común ocultaría qué mejoró y qué permanece. La comparación tampoco transforma sentirse preparado en criterio suficiente de retorno. Los distintos resultados necesitan mantenerse conectados con el propósito, la evaluación y las responsabilidades de quienes atienden la lesión.

Dos grupos de resultados del modelo

Cada objeto necesita una evaluación pertinente y una interpretación propia.



Ejemplos seleccionados. Satisfacción no equivale a preparación física.

[Inferencia] Organización original de resultados del modelo biopsicosocial reseñado. Las alturas, posiciones y formas no son datos, tiempos, importancia relativa ni criterios de alta. Las evaluaciones conservan objetos diferentes.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Natalie Walker y Caroline Heaney (2013).

Un proceso cambiante y una explicación todavía abierta

La dinámica del modelo biopsicosocial se refiere a relaciones que pueden cambiar durante rehabilitación. Walker y Heaney destacan que recuperación ocurre dentro de una matriz biológica, psicológica y social, cuyas interacciones son variables. Esta característica impide interpretar un registro inicial como descripción definitiva de todo el proceso. También obliga a preguntar cómo se relacionan una experiencia previa, las condiciones actuales y nuevos resultados. La interpretación se revisa cuando cambia información relevante, en lugar de mantener una explicación fija por pertenecer a un modelo.^[1]

La revisión del modelo integrado ofrece un contraste. Entrevistas reseñadas identificaron muchos factores previstos, pero también significados, creencias y condiciones que no aparecían explícitamente en él. Se mencionan búsqueda de información fuera del personal médico y experiencias de espiritualidad o religión, entre otros contenidos. Son resultados de investigaciones cualitativas descritas por las autoras, no prueba de que cada componente tenga un efecto cuantificado.

Aportan una razón para escuchar lo que significa la lesión sin reducir el relato a casillas predefinidas.^[1]

La evidencia compatible con un elemento del modelo no valida todas sus relaciones. Walker y Heaney diferencian apoyo parcial, propuestas de explicación y críticas. En el enfoque biopsicosocial, las preguntas sobre mecanismos y relevancia relativa permanecen abiertas. En el integrado, la discusión del núcleo dinámico cuestiona cómo se vinculan conducta, valoración posterior y resultados físicos o psicosociales. Esta lectura conserva una tarea concreta: precisar qué relación se propone y qué datos la sostienen, sin exigir que un diagrama amplio resuelva toda rehabilitación.^[1]

[Inferencia] Si una persona comunica menos preocupación después de conocer una modificación de su plan, habría que describir tanto la información recibida como el cambio comunicado. Ese episodio podría ser compatible con varias explicaciones: mayor comprensión, cambio de expectativas, evolución física u otras condiciones. Un registro con momentos identificables ayudaría a estudiar la secuencia. La revisión profesional podría incorporar esos datos sin dar por comprobada una causa única y sin convertir cada fluctuación de ánimo en avance o retroceso de tejido.

Primera fase: reacción a la lesión

Kamphoff, Thomae y Hamson-Utley organizan la rehabilitación en reacción a lesión, reacción a rehabilitación y reacción al retorno. La primera fase reúne respuestas físicas y psicológicas al acontecimiento. El texto describe dolor, limitaciones de movimiento y dependencia de otras personas como condiciones que pueden modificar vida cotidiana. También incluye valoraciones de la lesión, incertidumbre y emociones. Se trata de una organización del proceso profesional; no debe confundirse con las etapas de duelo ni con una secuencia emocional idéntica para todos los deportistas.^[2]

Conocer la lesión y comprender el proceso figuran entre los asuntos que los autores consideran relevantes en esa fase. La información tiene un objeto físico y un significado para la persona: puede afectar expectativas sobre qué ocurre y qué trabajo se plantea. El contexto social también cambia cuando una actividad habitual queda limitada. El capítulo sobre equipos destaca la proximidad de proveedores principales en los primeros contactos, mientras el capítulo de fases reconoce la ayuda de personas significativas para comprender y afrontar esas modificaciones.^{[2][3]}

El perfil personal incluye comprensión, expectativas, preocupación, confianza y apoyo, además de otras dimensiones. Leerlas junto a condiciones físicas permite reconocer que el comienzo no se describe únicamente por intensidad de una reacción emocional. Una persona puede comprender una explicación y conservar dudas sobre cómo participará; puede disponer de apoyo y necesitar otro tipo de información. El capítulo propone elegir funciones de ayuda según situación y fase. La selección

requiere conocer experiencia y condiciones, sin presuponer que todas las necesidades aparecen al mismo tiempo.^[2]

[Inferencia] En un caso hipotético, la limitación para desplazarse puede transformar horarios y contactos antes de que la persona pueda explicar con claridad qué le preocupa de su futuro deportivo. El equipo podría distinguir qué información entiende, qué ayuda cotidiana existe y qué dudas requieren otro profesional. Esas preguntas no indican ejercicios, plazos o tratamientos. Organizan un comienzo donde condición física, cambios de vida y significado se describen conjuntamente, sin interpretar dependencia temporal como una característica permanente de la persona.

Segunda fase: reacción al trabajo de rehabilitación

La segunda fase se describe mediante recuperación de movilidad y cambios en dolor, junto al trabajo de fuerza, equilibrio y otros aspectos físicos. En el plano psicológico, los autores destacan motivación, persistencia y participación. Para lesiones más importantes, esta parte puede ocupar una proporción considerable del proceso. La explicación aquí conserva las funciones y dificultades descritas por el capítulo, sin convertir los ejemplos de duración en un calendario para una lesión individual. El cambio de fase corresponde a valoración profesional de condiciones y proceso.^[2]

El trabajo repetido puede contener avances, días difíciles y ajustes de expectativas. El capítulo propone metas flexibles y seguimiento de progreso como formas de organizar participación. También destaca implicación del deportista en la formulación de objetivos. Una meta describe aquello que se quiere trabajar; el seguimiento permite preguntar qué ocurrió y cómo se interpretó. La propuesta pretende conectar experiencia y acciones con un propósito reconocido, manteniendo que los componentes del programa deben corresponder a necesidades personales y físicas identificadas.^[2]

El apoyo social cambia de función cuando disminuyen algunas dificultades cotidianas y aparecen desafíos para mantener conexión con el equipo. Los autores mencionan el cambio de papel de un capitán lesionado y la menor frecuencia de contacto con compañeros. Es una posibilidad que ayuda a examinar pertenencia y participación significativa fuera del rendimiento inmediato. La coordinación con entrenadores puede atender esas funciones sociales. El apoyo no se reduce a decir que se progresa: incluye conocer qué relación se desea conservar y qué contribución tiene sentido durante esa etapa.^[2]

[Inferencia] Una deportista podría cumplir su trabajo físico y, al mismo tiempo, sentirse desconectada de decisiones del grupo. El ejemplo permite separar participación en rehabilitación y vínculo con el equipo. Una revisión podría explorar qué actividades sociales son pertinentes y cómo encajan con las indicaciones del personal responsable. También podría reconocer esfuerzos que la persona ya realiza.

El planteamiento conserva objetivos distintos y evita explicar toda dificultad de persistencia mediante falta de voluntad, sin conocer cambios de papel, apoyos y condiciones.

Tercera fase: reacción a la vuelta a la participación

La tercera fase se refiere a la aproximación al retorno deportivo. El capítulo conecta cambios físicos y actividades más específicas con cuestiones de confianza y temor a nueva lesión. Los autores destacan que preparación psicológica y física merecen consideración conjunta. Sentirse mejor en una de esas dimensiones no describe automáticamente la otra. La fase expresa un conjunto de cuestiones profesionales para explorar, sin proporcionar en esta lectura criterios médicos de autorización, umbrales de prueba o una fecha que deba alcanzar cualquier deportista.^[2]

Las expectativas pueden cambiar al aproximarse demandas que recuerdan la lesión o al anticipar el papel que tendrá la persona en el grupo. El capítulo propone revisar evidencia de progreso, comunicación y apoyo durante esas transiciones. Su exposición de imagería, autodiálogo y metas modifica la función según fase: aborda experiencias de preparación y confianza. Las técnicas se describen como propuestas del capítulo, no como una garantía de volver sin temor ni como pruebas que sustituyan evaluación física o decisión profesional.^[2]

La mirada biopsicosocial permite conservar función, calidad de vida, satisfacción y preparación como resultados diferentes. El capítulo sobre equipos añade coordinación con entrenadores acerca de demandas deportivas, mientras los proveedores mantienen su responsabilidad de rehabilitación. Esa colaboración puede evitar que cada parte conozca sólo un fragmento de la situación. Su utilidad se plantea como posibilidad organizativa. La persona necesita entender qué trabajo continúa, qué expectativas se están revisando y quién aporta información sobre cada aspecto del proceso.^{[1][3]}

[Inferencia] Volver a una parte de la actividad puede adquirir un significado diferente de volver a competir en el nivel anterior. Un ejemplo hipotético podría incluir confianza para una tarea conocida y dudas ante otra demanda. Precisar ambas experiencias resulta más informativo que resumirlas como preparación total. El seguimiento podría recoger qué se entiende por retorno, qué condiciones se evalúan y qué responsabilidades corresponden a cada profesional. La comparación mantiene abiertas las preguntas de participación sin decidir un alta desde el relato.

Tres fases para organizar cuestiones de trabajo

La estructura profesional difiere de una secuencia emocional obligatoria.



Las cuestiones y relaciones se revisan según persona y situación.

No fija duración, ejercicios, umbrales ni autorización de retorno.

[Inferencia] Ilustración original de la organización en fases de Kamphoff, Thomae y Hamson-Utley. Las puertas no indican etapas obligatorias de emoción o de curación; las posiciones no representan tiempos y no ofrecen criterios clínicos.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Cindra S. Kamphoff, Jeffrey Thomae y J. Jordan Hamson-Utley (2013).

Perfiles: describir cómo vive la persona su rehabilitación

El perfil de rehabilitación se presenta como una adaptación del perfil de rendimiento para conocer percepciones del deportista. Kamphoff y colaboradores distinguen un perfil personal y otro físico. La propuesta se vincula con autoconocimiento y metas, e invita a considerar dimensiones relevantes para tiempo y calidad del proceso. Su finalidad es describir cómo la persona valora su situación y favorecer una conversación sobre ella. Un perfil informado por el deportista no equivale a una evaluación objetiva de función ni a diagnóstico psicológico.^[2]

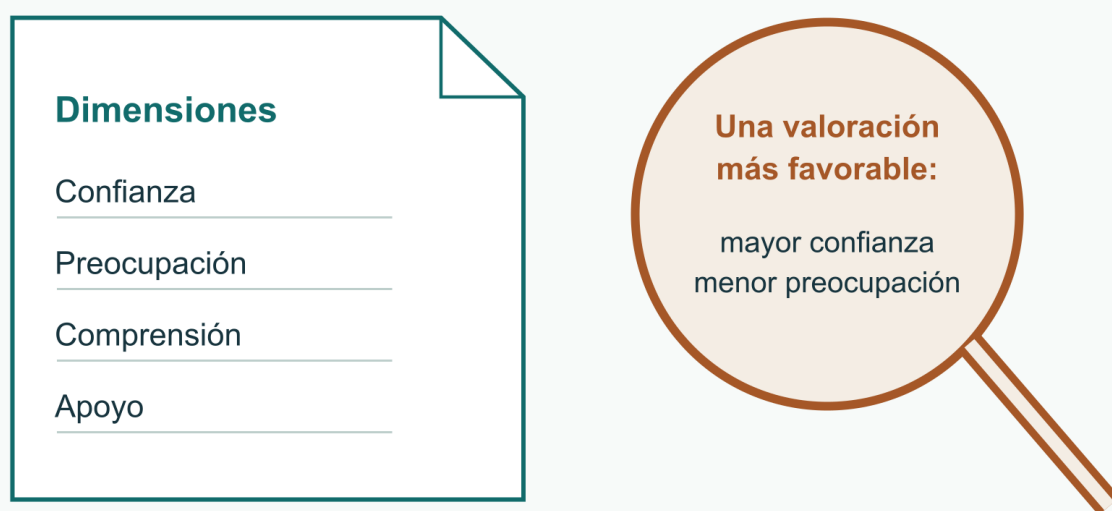
El perfil personal reúne doce dimensiones: confianza, motivación, ansiedad, atención, expectativas, preocupación, emociones, identidad, participación en el programa, comprensión, tolerancia al dolor y apoyo social. El nombre personal incluye contenidos emocionales, cognitivos, conductuales y relacionales. Su diversidad permite preguntar qué aspecto representa cada respuesta. Percibir poco apoyo no es idéntico a no comprender el proceso; tener dudas sobre una expectativa no describe la misma dificultad que falta de confianza. La lectura evita resumir esas experiencias mediante una etiqueta única.^[2]

El perfil físico también contiene doce factores, entre ellos movilidad, fuerza, estabilidad, coordinación, equilibrio, inflamación, dolor, función, actividades cotidianas, participación deportiva, salud y sueño. Las tablas del capítulo explican qué pretende representar cada dimensión. Las respuestas siguen siendo percepciones que requieren comprensión compartida. En particular, incluir sueño o salud en ese perfil no convierte una marca gráfica en una medición clínica de descanso o funcionamiento corporal. Los profesionales necesitan relacionar información de distinta naturaleza sin confundir sus métodos.^[2]

Las direcciones de las escalas también importan. En el ejemplo del capítulo, un valor más favorable en ansiedad o preocupación expresa menor presencia de esas experiencias; en confianza representa mayor confianza. Un mismo aumento gráfico no significa aumento del contenido nombrado. Esta característica exige leer definiciones antes de interpretar la forma global. El capítulo propone discutir respuestas con la persona, reconociendo fortalezas y dificultades. Presenta una herramienta de comprensión y seguimiento, sin ofrecer aquí baremos diagnósticos o un umbral de alta deportiva.^[2]

Leer el sentido de un perfil

La marca representa una percepción que se conversa con la persona.



Un mismo aumento gráfico puede expresar contenidos distintos.

Percepción del perfil no equivale a medida objetiva o diagnóstico.

[Inferencia] Composición original sobre la lectura de las tablas de perfiles del capítulo. La lupa representa interpretación compartida, sin datos de un deportista, diagnóstico, baremo o copia del instrumento de Taylor y Taylor.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Cindra S. Kamphoff, Jeffrey Thomeae y J. Jordan Hamson-Utley (2013).

Revisar perfiles sin fabricar una curva de recuperación

Los autores proponen utilizar perfiles en varias ocasiones para revisar la experiencia y los objetivos. Primero describen discutir dimensiones valoradas más favorablemente y después aquellas que la persona considera dificultades. El intercambio permite conocer qué significa cada respuesta y qué desea trabajar. La conversación importa porque una marca aislada puede tener explicaciones distintas. El perfil constituye una entrada a la relación de ayuda y al seguimiento, en lugar de reemplazar la comprensión de lo que ocurre con una superficie coloreada.^[2]

La figura de cambios que ofrece el capítulo es un ejemplo de percepciones a través de tres fases. Incluye dimensiones que cambian y otras que se mantienen, junto a la dirección inversa de ansiedad y preocupación. No aporta una trayectoria que todas las personas deban reproducir. Los autores esperan variaciones durante rehabilitación y sugieren revisar perfiles cuando cambian condiciones o conductas. La lectura conserva esa función de seguimiento sin imponer una frecuencia universal o considerar la falta de expansión del gráfico como fracaso de la persona.^[2]

Las metas se relacionan con aspectos que el deportista y el profesional acuerdan revisar. La hoja propuesta en el capítulo conecta un área personal, estrategias y horizonte temporal. Su lógica ofrece una correspondencia entre experiencia, propósito y acciones. Para interpretar progreso hay que mantener cuál era el punto de partida y qué se pretendía modificar. Una mejora percibida en comprensión y una mejora física evaluada pueden aportar información complementaria; la comparación exige describir sus diferencias antes de presentar una conclusión global sobre rehabilitación.^[2]

[Inferencia] Si una persona marca menor preocupación y menor confianza entre ocasiones, el equipo tendría una combinación que comprender, no un resultado simplemente bueno o malo. Podría haber recibido información nueva o cambiado sus expectativas sobre retorno. Preguntar por ese significado permitiría revisar formulación y objetivos. También sería pertinente comprobar si cambió la comprensión de las preguntas. El ejemplo muestra por qué repetición de medidas necesita estabilidad de significado y conversación, sin deducir un mecanismo clínico desde dos marcas del perfil.

Funciones psicológicas propuestas según necesidades y fase

Kamphoff y colaboradores organizan cinco áreas: metas, imaginación, relajación, autodiálogo y apoyo social. La exposición cambia sus funciones según fase y perfil. La integración consiste en relacionar una dificultad identificada con el propósito del trabajo, no en aplicar una lista completa a cada deportista. Los autores presentan propuestas específicas en un capítulo de 2013. Esta lectura explica cómo se organiza la selección y conserva la diferencia entre función propuesta y una eficacia universal de todas las combinaciones.^[2]

Las metas se proponen para comprender el proceso, sostener participación y revisar preparación. La imaginación cambia desde experiencias de dolor y limitación hacia tareas de rehabilitación o participación deportiva. Relajación y autodiálogo se relacionan con ansiedad, preocupación, persistencia y confianza. El apoyo atiende información, vida cotidiana y vínculo con compañeros, además de acompañamiento durante cambios. Son objetos diferentes. Seleccionar una función exige conocer qué experiencia se está atendiendo y mantener la evaluación física y psicológica apropiada.^[2]

El inicio del capítulo reseña investigaciones sobre intervenciones y recuperación y testimonios de deportistas sobre lo que les resultó relevante. Estas referencias no tienen todas el mismo diseño ni prueban un efecto aislado de cada técnica. El propio capítulo sobre modelos señala apoyo limitado a marcos completos y preguntas pendientes sobre mecanismos. La comparación permite describir lo que los autores proponen sin publicar guiones de dolor, respiración, reparación imaginada o instrucciones de ejercicio como tratamientos generales. Las funciones deben conservarse dentro del trabajo profesional competente.^{[1][2]}

[Inferencia] Si una persona comprende el plan pero mantiene dudas sobre su conexión con el equipo, añadir otra explicación técnica podría atender una cuestión diferente de la que expresa. El perfil y la conversación ayudarían a precisar propósito. En otro caso, una dificultad de comprensión podría necesitar información pertinente antes de discutir metas. La adaptación se formula aquí como una pregunta sobre correspondencia entre necesidad y función. No identifica qué intervención será eficaz ni permite usar confianza como sustituto de condición física.

Equipos primarios y secundarios: funciones diferentes

El equipo primario se refiere, en Clement y Arvinen-Barrow, a proveedores que mantienen contacto estrecho durante rehabilitación, habitualmente personal médico y de fisioterapia o entrenamiento atlético. Su continuidad facilita conocer la evolución y las dudas del deportista. El capítulo plantea que esos profesionales pueden informar, educar y reconocer aspectos psicológicos dentro de su competencia. La proximidad describe una posición en la organización del trabajo; no implica que un único profesional pueda ofrecer todos los servicios que la persona necesita.^[3]

El equipo secundario incluye otros profesionales y personas significativas que pueden intervenir de maneras diferentes. La propuesta contempla psicología deportiva o clínica, nutrición, preparación física y otras especialidades, junto a entrenador, compañeros, familiares, amistades o pareja. Secundario no significa irrelevante ni inferior en competencia. Describe una organización respecto del tratamiento principal. Las personas de apoyo tampoco se convierten en profesionales de salud por participar: su contribución y responsabilidad deben distinguirse del servicio de una especialidad.^[3]

Los autores reconocen que el entorno y quienes participan varían entre deportes y niveles. Una estructura frecuente en deporte profesional puede no existir en niveles de participación con menos acceso. La lista de personas no obliga a incorporar a todas ni describe un equipo idéntico para cada lesión. Se propone considerar necesidades, servicios pertinentes e intereses de participación. El enfoque biopsicosocial conecta esa selección con condiciones reales: quién está disponible, qué papel tendría y cómo se relacionaría con quienes ya atienden al deportista.^[3]

[Inferencia] Un equipo reducido podría necesitar acordar acceso a una especialidad externa y clarificar funciones de familiares sin recrear una gran estructura institucional. En una organización con más recursos, el problema podría ser duplicación de contactos o mensajes contradictorios. Ambos escenarios exigen comprender relaciones y responsabilidades. La diferencia de tamaño no permite deducir calidad o rapidez de recuperación. La propuesta de equipos aporta una forma de pensar coordinación que debe ajustarse al contexto y a la experiencia de la persona atendida.

Relaciones, responsabilidades y comunicación entre equipos

Las relaciones entre miembros pueden ser directas o indirectas y cambiar según fase, lesión y necesidades. El capítulo ofrece ejemplos de consulta entre profesionales y de apoyo cotidiano por personas cercanas. Un vínculo indirecto puede aportar información mediante otro proveedor, sin requerir contacto constante con el deportista. La coordinación consiste en conocer qué papel cumple cada relación. Reunir nombres en una lista no muestra todavía quién intercambia información, quién toma una decisión o cómo se articula una contribución con las demás.^[3]

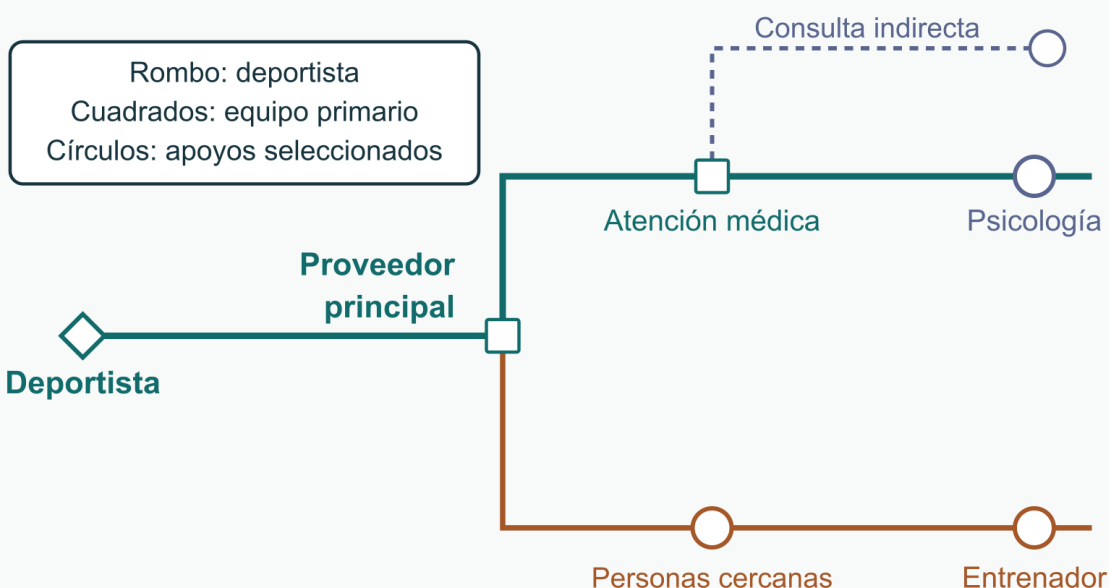
Un sociograma es un recurso para representar relaciones entre miembros de un grupo. Clement y Arvinen-Barrow proponen adaptarlo a rehabilitación para aclarar roles, vínculos e influencias directas o indirectas. La adaptación se presenta como una posibilidad que podría favorecer comunicación y conocimiento mutuo. Aquí interesa su función de representación, sin tratarla como una prueba validada de recuperación o copiar el gráfico del libro. Un mapa de contactos requiere explicar qué significa cada vínculo y qué información se utilizó para describirlo.^[3]

El proceso propuesto para formar equipos incluye identificar personas pertinentes, discutir su participación y explicar roles y responsabilidades. También contempla una reunión para conocer recursos y acordar un procedimiento de derivación, e introducir al deportista a quienes participarán. Los autores esperan beneficios de comunicación y acceso a otras perspectivas. Son posibilidades organizativas, no resultados de un ensayo de ese proceso. La coherencia depende de cómo se llevan a cabo los acuerdos y de si responden a necesidades concretas.^[3]

El capítulo incluye el relato de un jugador profesional de rugby sobre un cambio de implicación después de una reunión. Su experiencia reúne conversaciones con entrenador, fisioterapia y personal psicológico, además de una reprimenda. El relato permite apreciar cómo una persona interpretó sus contactos; no demuestra qué componente causó el cambio ni avala una forma de presión como intervención general. La coordinación se estudia mejor distinguiendo información, comprensión y decisiones, en lugar de deducir eficacia causal de un episodio recordado.^[3]

Coordinar funciones y contactos

Ejemplo esquemático de relaciones seleccionadas, sin equipo universal.



Los roles y vínculos cambian con necesidades, acceso y competencias.

[Inferencia] Mapa original de ejemplo a partir de Clement y Arvinen-Barrow. Los contactos son hipotéticos y no describen un caso observado. Primario y secundario son funciones organizativas; no equivalen a importancia relativa, eficacia o autorización para actuar fuera de competencia. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Damien Clement y Monna Arvinen-Barrow (2013).

Competencias, derivación y barreras organizativas

Clement y Arvinen-Barrow plantean que reconocer aspectos psicológicos no autoriza a ofrecer servicios fuera de formación y competencia. El personal en contacto habitual puede identificar dudas, informar y facilitar acceso a otro profesional. También necesita conocer cuándo una cuestión requiere derivación y cómo comunicarla. La integración del proceso depende de conservar esa frontera: acercar perspectivas no convierte funciones médicas, psicológicas y sociales en una responsabilidad indistinta ni amplía automáticamente el ámbito de actuación de quien coordina.^[3]

La propuesta incluye formación adicional y una red de profesionales de confianza. Los autores señalan que preguntas sobre pensamientos, emociones, conductas y expectativas pueden ayudar a conocer la experiencia del deportista. Ese contacto puede abrir una conversación sobre otra necesidad de atención. Derivar requiere explicar el propósito y facilitar relación con el servicio adecuado. La descripción pertenece al capítulo de 2013 y a una propuesta profesional; no establece

obligaciones legales actuales para todos los países ni criterios clínicos de diagnóstico mediante una entrevista breve.^[3]

Entre las barreras se mencionan falta de conciencia del papel coordinador, confianza o capacidad para asumirlo, formación insuficiente, dificultades de derivación y poco acceso a otras especialidades. Son obstáculos diferentes que requieren comprensión propia. Si existe un problema de acceso, pedir más confianza al profesional no lo resuelve. Si no se han aclarado responsabilidades, disponer de varios especialistas puede dejar dudas de coordinación. El capítulo permite distinguir capacidades personales, organización de procedimientos y recursos del entorno.^[3]

[Inferencia] Una revisión de equipo podría preguntar qué cuestión no tiene un responsable identificable, qué necesidad excede competencia disponible y qué acuerdo no entiende el deportista. Esas preguntas describen el funcionamiento del proceso, sin fijar un protocolo clínico. También permitirían separar comunicación de disponibilidad de servicios. Registrar una derivación realizada no demuestra que la atención posterior haya ocurrido o producido un resultado. Conservar esos pasos distintos aporta información sobre coordinación y sobre los límites materiales de la propuesta.

Kerri y Devin: casos didácticos de integración

Kamphoff y colaboradores presentan a Kerri, portera de hockey sobre hielo que comienza su último año de elegibilidad universitaria. Tras problemas de luxación de hombro, se sometió a cirugía y comunica dolor, preocupación y dificultades de sueño. Desea volver pronto y teme que perder su puesto reduzca una oportunidad de selección. El relato conecta una condición física, experiencias psicológicas y significado de carrera. Las expectativas temporales proceden de su escenario; no constituyen un plazo de recuperación para cualquier deportista.^[2]

El caso termina con preguntas sobre perfiles, experiencias a través de fases y selección de habilidades. No informa un desenlace ni compara tratamientos. Permite reconocer que una valoración del dolor, una expectativa de retorno y un motivo deportivo cumplen funciones distintas dentro de una formulación. Un perfil podría abrir preguntas sobre comprensión y preocupación, mientras condición física y decisiones de rehabilitación siguen perteneciendo a evaluación profesional. Añadir una recuperación exitosa o fracaso convertiría esa viñeta educativa en un resultado no proporcionado.^[2]

Clement y Arvinen-Barrow describen a Devin, futbolista universitario afroamericano de veinte años con una segunda lesión del ligamento cruzado anterior de la misma rodilla. Después de la primera recuperación, la nueva lesión modifica su confianza en el programa y en el profesional. El caso incorpora ansiedad comunicada, consumo de alcohol para afrontar dolor y frustración, cambios de alimentación, menor contacto

con compañeros y sensación de ser un extraño en un entorno mayoritariamente blanco. Son elementos de un caso didáctico, sin diagnósticos añadidos.^[3]

Las preguntas sobre Devin se centran en integrantes del equipo, cuestiones que pueden exceder competencia y forma de proceder. Su contenido muestra que integración no significa explicar todo desde lesión física ni desde una sola actitud. La experiencia cultural y las relaciones aparecen junto a condiciones de rehabilitación y asuntos que requieren evaluación pertinente. El texto no ofrece resultados de derivación o eficacia del equipo. Ambos casos conservan su función de plantear decisiones y necesidades de información, sin sustituir atención individual o completar desenlaces.^{[2][3]}

Un ejemplo hipotético y preguntas que conservan su alcance

[Inferencia] Caso hipotético original. Una tenista de veintinueve años, atendida profesionalmente por una lesión, comunica cambios en sus actividades cotidianas y poco contacto con su grupo de práctica. Percibe mejor comprensión del proceso, pero mantiene dudas sobre su papel cuando regrese. El escenario reúne condición física, expectativas y vínculos sin proporcionar un diagnóstico o tratamiento. Un análisis biopsicosocial podría describir esas dimensiones y preguntar qué información corresponde obtener en cada ámbito.

[Inferencia] El equipo podría distinguir evaluación física realizada, percepción comunicada y condiciones de acceso a sesiones. El perfil serviría para explorar qué significa la comprensión que informa y qué expresa la duda sobre participación. También haría falta conocer quién ofrece apoyo y qué contactos desea conservar. La selección de funciones profesionales dependería de esa información y de competencias. El ejemplo no anticipa que incorporar otra persona mejore su recuperación: plantea cómo justificar un papel y relacionarlo con un propósito reconocido.^{[2][3]}

[Inferencia] Entre ocasiones se podrían revisar experiencia, función y objetivos por separado. Si la percepción mejora y la condición física necesita más atención, ambos datos deberían mantenerse. Si una persona de apoyo ofrece ayuda que la tenista considera poco pertinente, la coordinación requeriría comprender ese desacuerdo. La organización del proceso podría registrar qué se revisó y qué cuestión permanece abierta. Ningún cambio del ejemplo establece una fecha de alta, una eficacia de técnica o una recuperación demostrada.

Los tres capítulos permiten conservar preguntas distintas: cómo interactúan variables biopsicosociales, qué relaciones y resultados explican los modelos y cómo se organiza una atención coordinada con recursos reales. Las preguntas de Kerri y Devin permanecen casos de aprendizaje abiertos. El modelo biopsicosocial todavía necesita investigación sobre mecanismos y relevancia de componentes; los perfiles y equipos

se presentan con funciones propuestas. La lectura integra ese material mediante objetos y responsabilidades precisos, manteniendo sus límites sin inventar respuestas clínicas o convertir toda entrada consultada en cobertura completa.^{[1][2][3]}

Referencias bibliográficas

1. Walker, N., y Heaney, C. (2013). Psychological responses to injury: A review and critique of existing models. En M. Arvinen-Barrow y N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 23–39). Routledge.

3. Psychological responses to injury: A review and critique of existing models

2. Kamphoff, C. S., Thomae, J., y Hamson-Utley, J. J. (2013). Integrating the psychological and physiological aspects of sport injury rehabilitation: Rehabilitation profiling and phases of rehabilitation. En M. Arvinen-Barrow y N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 134–155). Routledge.

10. Integrating the psychological and physiological aspects of sport injury rehabilitation: Rehabilitation profiling and phases of rehabilitation

3. Clement, D., y Arvinen-Barrow, M. (2013). Sport medicine team influences in psychological rehabilitation: A multidisciplinary approach. En M. Arvinen-Barrow y N. Walker (Eds.), *The psychology of sport injury and rehabilitation* (pp. 156–170). Routledge.

11. Sport medicine team influences in psychological rehabilitation: A multidisciplinary approach

Fuentes y criterios editoriales: edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/fuentes-y-metodo.html